INTRODUCCIÓN

Las normas mínimas de seguridad en anestesiología y reanimación se iniciaron en Colombia en 1984, cuando durante la presidencia del Dr. Julio Enrique Peña se encomendó a los doctores Tiberio Álvarez, Mario Granados, Alfredo León, Sebastián Merlano, Carlos Julio Parra, Arnobio Vanegas y Manuel Galindo Arias, coordinados por el presidente, en su condición de miembros del Comité de Seguridad, elaborar algunas normas básicas que sirvieran de punto de referencia dentro de la práctica de la anestesiología en el país

Estas normas aparecieron en el primer número de la Revista Colombiana de Anestesiología de 1985

Posteriormente, durante la presidencia del Dr. Manuel Galindo Arias en la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología en 1987 se envió una comunicación a todas las entidades hospitalarias, en la cual se les notificaba, tanto a anestesiólogos como a directivos hospitalarios, los mínimos elementos de monitoría que a juicio de la Sociedad debería tener todo paciente que fuese llevado a cirugía

Este documento fue bastante controvertido, incluso dentro de los mismos anestesiólogos: algunos sostenían que, basados en dicha comunicación, un anestesiólogo podría llegar a tener problemas legales por suministrar anestesia sin alguno de los elementos enunciados
Este temor era fundado, pero fue satisfactorio poder comprobar que gracias a la tenacidad de la Sociedad Cundinamarquesa y posteriormente de la SCARE, se logró que las instituciones, presionadas por los anestesiólogos y por la Sociedad, aceptaran la necesidad de proveer a los anestesiólogos con la monitorización adecuada

Vino luego la promulgación de la Ley 6ª de 1991 que le dio a nuestro gremio un arma legal para exigir lo que sin Ley ya estábamos exigiendo

La Asamblea de la SCARE efectuada en Manizales, Colombia en Agosto de 1991 aprobó las primeras NORMAS MÍNIMAS DE SEGURIDAD EN ANESTESIA que con ese nombre se publicaron, gracias al invaluable aporte científico de los Drs. Pedro Ibarra y Germán Parra, las que se difundieron ampliamente, tanto en Colombia como en Latinoamérica

Posteriormente estas normas han sufrido algunas modificaciones, tanto en Asambleas de SCARE como en Asambleas de CLASA, obteniéndose finalmente este documento que consideramos bastante adecuado a nuestra situación

1. EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGÍA

1.1. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

Es mandatoria en todo paciente. En ella el médico anestesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) y las pautas de manejo que considere pertinentes. Debe consignarse explícitamente todo lo referido a continuación. (Puede servir de patrón el anexo 1)

1.1.1. Consulta Preanestésica

1.1.1.1. Debe incluir antecedentes, estado clínico, revisión de exámenes paraclínicos (ver sección 9), conceptos de otros especialistas, ASA. Si se considera necesario, se pedirán nuevos exámenes o conceptos especializados

1.1.1.2. El día de la cirugía, el especialista a cargo del caso debe revisar que la información anterior esté completa y consignada en el registro anestésico

1.1.1.3. Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado

1.1.2. Consulta Preanestésica Intrahospitalaria

Es la que se realiza en los pacientes hospitalizados. En ella debe establecerse el estado clínico actual. Se debe informar al paciente, si no se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado

1.1.3. Evaluación en Urgencias

El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan

1.2. PREPARACION PERIANESTÉSICA

1.2.1. Lista de Chequeo

El anestesiólogo debe colaborar con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico para completar una lista de chequeo global del paciente con al menos los ítems de la lista de chequeo recomendada y validada por la OMS/OPS y que ha sido adoptada por la SCARE (ver anexo 2)

1.2.1.1. Antes de iniciar el acto anestésico, el anestesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:

1.2.1.2. Máquina de Anestesia

1.2.1.3. Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar

1.2.1.4. Presencia de bala de oxígeno de emergencia

1.2.1.5. Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido (flush)

1.2.1.6. Buen estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO2

1.2.1.7. Buen funcionamiento del ventilador

1.2.2. Monitoreo

1.2.2.1. Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro cutáneo/esofágico o timpánico

1.2.3. Paciente

1.2.3.1. Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica

1.2.3.2. Los exámenes paraclínicos requeridos

1.2.3.3. Consentimiento informado (propuesta Anexo 3)

1.2.3.4. Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis

1.2.3.5. Vía venosa

1.2.4. Posición del paciente

1.2.4.1. Se deben conocer las necesidades de posicionamiento del paciente durante el procedimiento

1.2.4.2. Deben disponerse de los elementos para proteger al paciente en los puntos de presión y en las posiciones no anatómicas

1.2.5. Materiales, Medicamentos y Equipo (ver anexo 4 lista mínima)

1.2.5.1. Equipo básico para el manejo de la vía aérea

1.2.5.2. Medicamentos a utilizar

1.2.5.3. Succión

1.2.5.4. En el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de vía aérea difícil. (Ver 1.3.11)

1.2.6. Hipertermia maligna

1.2.6.1. Es altamente deseable que todo sitio con ofrecimiento de servicios anestesiológicos tenga estrategias explícitas para la obtención urgente de dantrolene para el manejo de una crisis de hipertermia maligna

1.2.7. Registro Anestésico: Debe incluir: (puede usarse el propuesto en el Anexo 5)

1.2.7.1. Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico

1.2.7.2. Monitoreo del paciente

1.2.7.3. Drogas administradas

1.2.7.4. Líquidos administrados

1.2.7.5. Técnica empleada

1.2.7.6. Estado del paciente al final del acto anestésico

1.2.7.7. Monitoreo Básico Intraoperatorio

1.2.7.8. Estrategias para el control del dolor postoperatorio

1.2.8. Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico

1.2.9. Todo procedimiento anestesiológico invasivo deberá realizarse previo lavado de manos

1.3. CUIDADO PERIANESTÉSICO

1.3.1. Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente

1.3.2. Oxigenación:

1.3.2.1. Debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante un oxímetro de pulso

1.3.2.2. Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno

1.3.3. Ventilación

1.3.3.1. Cuando se utilicen métodos para controlar la vía aérea, se deben auscultar los ruidos respiratorios, evaluar la excursión del tórax, y observar el balón reservorio

1.3.3.2. Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación

1.3.3.3. Si la ventilación es mecánica, se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión

1.3.3.4. Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula orofaríngea COPA -cuffed oropharyngeal airway- o afín), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea

1.3.3.5. La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general

1.3.3.6. Durante anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos

1.3.3.7. Si la máquina de anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos:

1.3.3.7.1. Control de frecuencia respiratoria

1.3.3.7.2. Control para fijar volumen corriente y volumen minuto

1.3.3.7.3. Control para relación inspiración/espiración

1.3.3.7.4. Alarmas para presión inspiratoria máxima y de desconexión

1.3.3.7.5. Al ventilador se le debe poder monitorizar la presión de la vía aérea, siendo deseable la posibilidad de medir volumen corriente espirado

1.3.4. Circulación

1.3.4.1. El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanentemente

1.3.4.2. Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardiaca por lo menos cada cinco minutos

1.3.4.3. Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos

1.3.5. Temperatura

1.3.5.1. Es mandatoria en cirugía cardiaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia. Siempre debe haber la posibilidad de monitorizar la temperatura

1.3.5.2. Es altamente deseable disponer de métodos para evitar el enfriamiento, y/o calentar al paciente

1.3.6. Sistema Nervioso Central

1.3.6.1. Es recomendable el uso de análisis biespectral o similares, en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides

1.3.7. Gases anestésicos:

1.3.7.1. El monitoreo de los gases anestésicos inspirados y espirados es altamente deseable

1.3.8. Otros elementos de monitoreo:

1.3.8.1. Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la diuresis, la presión arterial invasiva, la saturación venosa de oxígeno, el gasto cardiaco, presión venosa central, la presión de arteria pulmonar, y otros parámetros según necesidad

1.3.8.2. Es altamente deseable monitorizar la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico

1.3.9. NOTA 1: ALARMAS Y MONITORES:

1.3.9.1. Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas. Se considera práctica muy peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en la UCPA, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anestesiólogo

1.3.10. NOTA 2: Disponibilidad para RCCP

1.3.10.1. En el área en la cual se administre anestesia debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es por definición experto en RCCP

1.3.11. EQUIPO MÍNIMO PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA

1.3.11.1. Toda institución hospitalaria que cuente con servicios de

anestesiología, debe tener disponible las 24 horas un Carro de Vía Aérea, móvil, con los siguientes elementos:

1.3.11.2. Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas

1.3.11.3. Bujías o guías

1.3.11.4. Máscaras laríngeas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas

1.3.11.5. Equipo para practicar cricotiroidotomía por punción o percutánea

1.3.11.6. Es altamente recomendable disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach®

1.3.11.7. Además, en hospitales de tercero y cuarto nivel debe contarse con un fibrobroncoscopio

1.3.11.8. En estos hospitales de tercer o cuarto nivel, también es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrógrada

1.3.12. Entrega de pacientes

1.3.12.1. Cuando un anestesiólogo tiene que entregar su paciente a otro anestesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato

1.3.12.2. En el registro anestésico el anestesiólogo que entrega debe dejar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento

1.3.13. Normas específicas para la anestesia obstétrica (adicional a las normas mínimas generales)

1.3.13.1. Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello

1.3.13.2. En la sala de cirugía debe haber una persona calificada, diferente del anestesiólogo, para atender al recién nacido

1.3.13.3. Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anestesiólogo es primero para con la madre; si ésta no corre ningún peligro, el anestesiólogo podrá asistir al recién nacido

1.3.13.4. Después de un procedimiento diferente a la analgesia obstétrica con peridural, todas las pacientes deben ir a una unidad de cuidado postanestésico UCPA

1.4. CUIDADO POSTANESTÉSICO

1.4.1. En toda institución hospitalaria debe existir un sitio en donde se haga el cuidado postanestésico de todos los pacientes que hayan recibido anestesia general o regional, llamado Unidad de Cuidado Post Anestésico (UCPA), bajo la responsabilidad de un anestesiólogo cuyo nombre debe estar escrito en la UCPA, mientras exista algún paciente ahí. Debe establecerse por escrito en la UCPA, un mecanismo ágil de contacto con este anestesiólogo responsable. (Celular, walkie-talkie o similares)

1.4.2. El paciente que sale de sala de cirugía debe ser transportado a la UCPA o a la Unidad de Cuidados Intensivos, por el anestesiólogo que administró la anestesia, con el monitoreo requerido y oxígeno suplementario, si es necesario. El paciente debe llegar a la UCPA con un control adecuado de la vía aérea, hemodinámicamente estable y con un nivel de conciencia cercano al que tenía antes del acto anestésico

1.4.3. Todo lo referido abajo debe estar consignado en un formato específico de UCPA. (ver propuesta en anexo 6)

1.4.4. En la UCPA se debe hacer la entrega del paciente al personal responsable de la Unidad. Debe incluir condiciones preoperatorias, manejo anestésico y el puntaje de Aldrete modificado en ese momento, el cual debe ser mínimo de 7, salvo limitaciones previas del paciente. Todo lo anterior debe quedar consignado en la historia clínica o en el registro anestésico

1.4.5. El cuidado médico en la UCPA debe ser realizado por personal aprobado por el Departamento de Anestesia, con entrenamiento en reanimación básica (personal auxiliar) y reanimación avanzada (profesionales)

1.4.6. En la UCPA, el paciente debe tener el monitoreo y soporte necesario acorde a su condición, similar al de sala de cirugía, por el tiempo que sea necesario, bajo la supervisión del anestesiólogo

encargado

1.4.7. Se prestará especial atención a la oxigenación (oximetría de pulso), a la ventilación y a la circulación

1.4.8. El dolor debe ser medido, y deben establecerse medidas para controlarlo de manera adecuada

1.4.9. En la UCPA debe haber un promedio de 1.5 camilla por cada sala de cirugía del hospital

1.4.10. Cada paciente que se encuentre en recuperación debe contar permanentemente mínimo con los elementos para monitorizar tensión arterial, trazado electrocardiográfico y oximetría de pulso

1.4.11. Cada cubículo debe contar con 2 tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, 1 fuente de oxígeno, 1 fuente de succión

1.4.12. Debe haber: 1 auxiliar por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad. 1 auxiliar por cada cinco pacientes de complejidad baja o media. Una enfermera profesional independiente del área quirúrgica cuando se superan 6 salas de cirugía funcionando

1.4.13. La UCPA debe contar con los elementos adecuados para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, incluyendo desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente

1.4.14. Los egresos deben ser autorizados por escrito en la historia o en el registro anestésico por el anestesiólogo responsable

1.4.15. El puntaje de Aldrete modificado para el egreso debe ser de 10, salvo que el paciente tenga una limitación previa por la cual no puede alcanzar dicho puntaje

1.4.16. Es altamente deseable registrar las condiciones de regresión de los bloqueos neuroaxiales especialmente en casos ambulatorios usando una escala como la de Bromage

1.4.17. Si las condiciones del paciente exigen una permanencia superior a las 8 horas en la UCPA, éste debe ser trasladado a una unidad de cuidado intermedio o intensivo

2. REGISTRO DE INFORMACION ESTADISTICA ANESTESICA

2.1. Es altamente deseable que los departamentos, servicios, grupos e inclusive anestesiólogos individuales registren los datos básicos de sus actos anestésicos para poder evaluar la seguridad, eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios prestados

2.2. Deben identificarse y registrarse los eventos adversos relacionados al ejercicio anestesiológico

2.3. Deben concebirse estrategias para analizar los eventos adversos y diseñarse iniciativas para minimizarlos

3. ESTRUCTURA ORGÁNICA

Toda institución hospitalaria cuya complejidad técnico-científica y administrativa corresponda al tercer o cuarto nivel de atención, debe tener en su estructura el Departamento de Anestesiología y Reanimación, constituido por los servicios de Salas de Cirugía, UCPA, Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgicos, Clínica de Dolor, Cirugía Ambulatoria, y otros servicios que se definan de acuerdo a cada institución en particular

4. MEDICAMENTOS Y ELEMENTOS ANESTESICOS

4.1. Se deben disponer medicaciones anestésicas seguras, con documentación de origen/fabricante que cumplan con la normatividad nacional

4.2. Deben adoptarse estrategias explícitas para minimizar los errores en la administración de medicamentos

4.3. Debe garantizarse la esterilidad o limpieza adecuada según corresponda, de los elementos que entren en contacto con los pacientes)

4.4. Los elementos reusables deben ser periódicamente evaluados para considerar su reposición

5. INTERVENCIONES PERIOPERATORIAS PARA SEGURIDAD

El departamento, servicio, grupo o anestesiólogo individual debe estar coordinado con el resto del equipo quirúrgico para la implementación de medidas preventivas como profilaxis antibiótica, profilaxis de trombosis venosa y otras que tengan impacto sobre los pacientes a quienes se les preste atención

6. MÁQUINA DE ANESTESIA

6.1. Deben utilizarse códigos de colores, tanto para los gases medicinales como para los agentes anestésicos volátiles

6.2. Las mangueras de conducción de gases desde una red central o desde un cilindro a la máquina de anestesia, deben ser no colapsables y deben tener el código de color para cada gas

6.3. El diseño de la máquina y de los monitores debe ser ergonómico. Todos los componentes, incluyendo controles, manómetros y monitores, deben ser fácilmente visibles desde el sitio de trabajo del anestesiólogo. Así, sin necesidad de desplazarse, podrá vigilar a su paciente y a la vez observar todas las partes de la máquina de anestesia y los monitores. Esto debe cumplirse aún en anestesia fuera del quirófano

6.4. Las conexiones de los cilindros de gases medicinales deben estar identificadas con el símbolo y el color. Deben ser no intercambiables entre los diferentes gases

6.5. Toda máquina de anestesia debe poseer una conexión para oxígeno de reserva (cilindro) con su respectivo manómetro y cilindro permanente lleno

6.6. Debe existir un mecanismo que impida la administración de mezclas hipóxicas, asegurando siempre una concentración mínima de oxígeno del 25 %

6.7. Cuando se dispone de más de un vaporizador, debe existir un mecanismo que impida abrir más de un vaporizador al mismo tiempo

6.8. Es altamente recomendable la medición de gases espirados. Puede ser obtenido por un monitor externo a la máquina

6.9. Debe disponerse de un sistema de seguridad que impida desconexiones

6.10. El botón de paso rápido de oxígeno (flush) debe estar colocado de manera que no se pueda activar en forma inadvertida. Su activación podrá hacerse con una sola mano y debe volver a su posición de reposo en el momento en el cuál deje de activarse

6.11. La máquina de anestesia debe tener una alarma auditiva que indique la baja presión de oxígeno. No se debe poder apagar sino hasta que la presión de oxígeno sea normal

6.12. Debe tenerse alarma de alta presión en la vía aérea

6.13. Toda máquina de anestesia debe tener un analizador de oxígeno dentro del circuito

6.14. Debe existir un sistema de evacuación de gases sobrantes

6.15. Este sistema de evacuación debe estar conectado a un sistema de pared de presión negativa para la extracción de gases y minimización de la contaminación del quirófano

6.16. Debe existir una válvula de sobrepresión que permita la salida de gases sobrantes al sistema de evacuación

6.17. La máquina de anestesia debe tener una cámara para captación y absorción de CO_2 espirado del paciente

6.18. Toda máquina de anestesia electrónica debe tener una batería que suministre energía durante por lo menos 20 minutos

6.19. Toda máquina debe tener la posibilidad de ajustarse para proporcionar anestesia a los pacientes pediátricos incluyendo neonatos

6.20. El manual de instrucciones para el usuario debe entregarse en español o en portugués y debe dejarse con cada máquina de anestesia

7. MANTENIMIENTO EQUIPOS

Tanto la máquina de anestesia como los elementos de monitoreo deben estar incluidos dentro de un programa de mantenimiento preventivo, de acuerdo a las especificaciones del fabricante

En todo caso, dicho mantenimiento debe realizarse por lo menos cada seis meses, por personal calificado

El mantenimiento es de entera responsabilidad de la institución

Toda compra que se realice debe tener una garantía de servicios y de provisión de repuestos, respaldada tanto por el distribuidor como por la casa matriz

8. ACTUALIZACIÓN DE LAS PRESENTES NORMAS

Estas normas deben actualizarse cada dos años, o cuando el Comité de Seguridad lo considere conveniente, de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos y a las condiciones del ejercicio de la anestesiología

9. EXÁMENES DE LABORATORIO PREQUIRÚRGICOS

PACIENTES estado físico ASA I Y II

Este esquema constituye un parámetro sugerido por el Comité de Seguridad. Está basado en estudios científicos y en experiencias de instituciones en Colombia y en otros países
Es altamente recomendable que cada departamento de anestesia establezca su propio protocolo

Protocolo sugerido de laboratorios preanestésicos, Comité de Seguridad

Los exámenes innecesarios con frecuencia ocasionan pérdida de tiempo, de dinero y retrasos en la programación sin lograr beneficio clínico para el paciente

Los hallazgos de patología no buscada en los exámenes pueden generar responsabilidad legal por negligencia aun sin implicación alguna para el perioperatorio, si no se hace el seguimiento adecuado. Entre más exámenes innecesarios se realicen, esta posibilidad se incrementa

Lo más importante en la evaluación preanestésica es la historia clínica y el examen físico

Protocolo sugerido de laboratorios preanestésicos
Comité de Seguridad 2009
(tomado Revista Colombiana de Anestesiología Vol 35:301-12; 2007)

Indicaciones de las pruebas en pacientes asintomáticos o con Historia Clínica médica (HC) negativa			
Asintomáticos o HC negativa	Cirugía menor		Ninguno
	Cirugía mayor	Paciente< 50años	Ninguno
	Cirugía mayor	Paciente > 50años	ECG, hematocrito, BUN/creatinemia, glucosa, RxT, Albúmina

Indicaciones actuales [2009] de exámenes en pacientes sintomáticos o con Historia Clínica positiva	
Ecocardiografía	Soplos nuevos Evaluación de la función ventricular solo en aquellos pacientes cuya clase funcionales desconocida Y además se someten a una cirugía mayor o a algunas intermedia
Pruebas no-invasivas de stress (Ejercicio, eco-stress, o por medicina nuclear)	Según las guías de la AHA/ACC (1996 & 2002, 2008 Ultima versión **http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.185700**)
Rx tórax	Solo si hay síntomas, o patología respiratoria activa
Glicemia	Obesidad, diabetes o uso de esteroides
Hemoglobina glicosilada	En diabéticos que sean programados para una cirugía mayor, que sea diferible si está elevada, para poder mejorar el control de la glicemia.
BUN/Creatinemia	Diabetes, e HC renal (+)
Uroanálisis	Solo si sintomático o reemplazos articulares?
PT/PTT y plaquetas	Solo si sintomático o HC (+)
Hematocrito	Solo si se espera sangrado o si hay anemia sintomática
Albúmina	En pacientes que se sometan a cirugías mayores, cruentas

HC: historia médica clínica, HTN: hipertensión, AHA/ACC: American Heart Association/American College of Cardiology

Cirugía mayor se define como un procedimiento que es probable que requiera manejo en Cuidado intensivo postoperatorio, excepto los pacientes neuroquirúrgicos, quienes requieren UCI para vigilancia del estado neurológico

---

Comité de Seguridad CLASA-SCARE

Dr. Pedro Ibarra - Coordinador
Dr. Bernardo Robledo
Dr Manuel Galindo
Dra. Claudia Niño
Dr Eduardo Gallino
Dr Eduardo Casini
Dr David Rincón

Anexo 1:

Se presenta una propuesta para Consulta Preanestésica. Si se desea disponer de copias para editar y ajustar a su práctica se puede comunicar con el Comité de Seguridad de CLASA para obtenerlo.

CONSULTA PREANESTÉSICA

Ciudad _____ Sede _____ Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre (Apellidos y nombre(s))	Empresa	Edad	Sexo
		☐ Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s)	☐ F ☐ M

Especialidad/es quirúrgica(s)	Procedimiento a realizar

ANTECEDENTES

- Anestésicos General No. _____ Regional No. _____ Ultima anestesia hace: _____
- Complicaciones _____
- Alérgicos _____
- Farmacológicos _____
- Hemorrágicos _____
- Patológicos _____
- Quirúrgicos _____
- Tóxicos _____
- Transfusionales _____
- Otros

REVISIÓN POR SISTEMAS

Disnea ☐ Sí ☐ No Grado _____ Angina ☐ Sí ☐ No Grado _____

Palpitaciones ☐ Sí ☐ No Precipitados por _____

Pulmonar: Tos ☐ Sí ☐ No Periodicidad de la tos _____

SNC: (o Glasgow) _____ Otros síntomas _____

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial mmHg	☐ Sentado ☐ Decúbito	Frecuencia cardiaca Latidos / min	Frecuencia respiratoria Respirac. / min	Temperatura ℃	Pulsoximetría %	Peso kg	Talla m	IMC

Cabeza:

Lentes contacto	☐ Sí	☐ No	Prótesis	☐ Sí	☐ No	Pulsos	☐ Normal	☐ Anormal
Cuello normal	☐ Sí	☐ No	Removible	☐ Sí	☐ No	Apertura	☐ Normal	☐ Anormal
Masas	☐ Sí	☐ No	Dientes flojos	☐ Sí	☐ No			

Probabilidad vía aérea difícil: ☐ Alta ☐ Media ☐ Baja Otros: _____

Tórax:

Ruidos cardíacos	☐ Rítmicos	☐ Arrítmicos
Soplos	☐ Sí	☐ No
Características del soplo		
Auscultación pulmonar	☐ Normal	☐ Anormal

Especifique: _____

Abdomen _____

Extremidades _____

Otros hallazgos

EXÁMENES DE LABORATORIO

	Resultado
Hematocrito	
Creatinina	
Nitrógeno ureico	
Glicemia	
Albúmina	
Plaquetas	x 1000

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

	Fecha del examen (DD MM AAAA)
Electrocardiograma:	
Rx de tórax:	
Otros estudios	

Diagnóstico(s) _____

Clasificación ASA:

Recomendaciones _____

ASA: Sociedad Americana de Anestesiología. ND: no disponible, no necesaria SNC: sistema nervioso central

ANESTESIÓLOGO Nombre _____ Firma _____

Anexo 2:

Se presenta la lista de chequeo publicada por el Programa “Cirugía Segura” de la OMS en julio 2008. Si se desea disponer de copias para editar y ajustar a su práctica se puede comunicar con el Comité de Seguridad de CLASA para obtenerlo.

LISTA DE CHEQUEO QUIRURGICO

Antes de la Inducción anestésica → *Antes de la incisión* → *Antes de la salida del quirófano*

INGRESO

☐ **EL PACIENTE HA CONFIRMADO**

- **•IDENTIDAD**
- **•SITIO**
- **•PROCEDIMIENTO**
- **•CONSENTIMIENTO**

☐ **SITIO MARCADO / NO APLICA**

☐ **LISTA DE CHEQUEO ANESTESICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES ELEMENTOS**

☐ **PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE**

TIENE EL PACIENTE?

ALERGIA CONOCIDA?

☐ NO

☐ SI

RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL / BRONCOASPIRACION?

☐ NO

☐ SI, Y HAY EQUIPO Y AYUDA DISPONIBLE

RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7ML/KG EN NIÑOS)?

☐ NO

☐ SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS

NOMBRE / SELLO

PAUSA

☐ **CONFIRMAR LA IDENTIFICACION Y FUNCION DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO**

☐ **EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE**

- •PACIENTE
- •SITIO
- •PROCEDIMIENTO

EVENTOS CRITICOS PROBABLES

☐ **EL CIRUJANO HACE UN ANALISIS**: CUALES SON LOS PASOS CRITICOS, O INESPERADOS, LA DURACION DE LA CIRUGIA, Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE?

☐ **EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANALISIS**: EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE?

☐ **INSTRUMENTACION HACE UN ANALISIS**: SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDA(INCLUYENDO INDICADORES)? HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO?

SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS?

☐ SI

☐ NO SE APLICA

ESTA DISPONIBLE LA IMAGENOLOGIA NECESARIA?

☐ SI

☐ NO SE APLICA

NOMBRE / SELLO

SALIDA

ENFERMERIA CONFIRMA CON EL EQUIPO

☐ **LA CIRUGIA REALIZADA**

☐ **CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS** (O NO SE APLICA)

☐ **COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS** (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)

☐ **EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS**

☐ **EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, Y ENFERMERIA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POP DEL PACIENTE**

CONSIDERACIONES PARTICULARES:

☐ PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA

☐ CUIDADOS INTERMEDIOS / INTENSIVOS

☐ ANALGESIA POSTOPERATORIA

OTRAS

☐ **ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR CASO**

NOMBRE / SELLO

ESTA LISTA DE CHEQUO NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA QUE SE HAGAN ADICIONES, MODIFICACIONES PARA EL EJERCICIO LOCAL.

TRADUCIDO Y ADAPTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS 2008- COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

Anexo 3:

Se presenta una propuesta para Consentimiento Informado. Si se desea disponer de copias para editar y ajustar a su práctica se puede comunicar con el Comité de Seguridad de CLASA para obtenerlo.

PROPUESTA COMITE SEGURIDAD CONSENTIMIENTO MINIMO NACIONAL

PERMISO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

1. Yo, _____ identificado con documento de identidad; Tipo[1] _____ No.:_____, por la presente autorizo a los anestesólogos del Departamento de Anestesiología de CLÍNICA xxxxxxxxxxxxx, a realizar en mi o en el(la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica:_____

2. El Doctor _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo arriba mencionado o sus asistentes lo juzgan necesario.

4. Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como como dolor de cabeza, mareo, nauseas, vómito, inflamación del sitio de la venopunción, dolor de garganta, escoriaciones o lesiones en piel, en los dientes, en mucosas, y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías previas. Las mas comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

_____

_____

_____

_____

_____

5. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento D/M/A: _____/_____/_____

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____

Documento de identidad: Tipo _____ No. _____

TESTIGO

Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo _____ No. _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente / tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: _____

Sello _____

Fecha de diligenciamiento | | | |
DD MM AAAA

1 Tipo: CC: Cédula de Ciudadanía; CE: Cédula de Extranjería; PA: Pasaporte.

Anexo 4:

Se presenta una lista de medicaciones y elementos de uso anestesiológico mínimas para centros de bajo y alta complejidad.

Anexo 5:

Se presenta una propuesta para Registro anestésico intraoperatorio. Si se desea disponer de copias para editar y ajustar a su práctica se puede comunicar con el Comité de Seguridad de CLASA para obtenerlo.

REGISTRO INTRAOPERATORIO

Fecha: DD MM AAAA

Anestesiólogos: _____ Cama: _____
Cirujanos: _____
Diagnósticos: _____
Procedimiento: _____

☐ Premedicación

MONITORÍA

- ☐ PANI
- ☐ PAD arteria _____
- ☐ SpO_2
- ☐ Respirómetro
- ☐ Diuresis
- ☐ Capnografía
- ☐ T°central / piel
- ☐ Gases espirados
- ☐ Análisis ST __ derivaciones
- ☐ Estimulador Nervio periférico
- ☐ PVC / Presiones pulmonares
- ☐ EKG
- ☐ BIS
- ☐ PIC

OTROS ☐ TEE ☐ Calentador LIV ☐ GC NI ☐ Pot evoc
☐ Manta convectiva ☐ Medias antiembólicas ☐ CNI
☐ Verificación puntos presión / apoyo ☐ Protección ocular

EVENTOS IOP

AYUNO | Horas | HORA

DÉFICIT

Mantenimiento ml/hr

VOLEMIA

PPS: a Hto de

Técnica Anestésica

- ☐ General inhalatoria
- ☐ Intravenosa
- ☐ Peridural
- ☐ Espinal

Aguja No. _____ Catéter _____
Nivel punción _____
Nivel anestésico _____
Bloqueo _____

☐ Local controlada

PVC
PCP

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

Vía Aérea

- ☐ Cánula ☐ Máscara
- ☐ LMA ☐ Fastrach
- ☐ Proseal ☐ Flexible
- ☐ IOT ☐ INT
- ☐ Fibroscopia

Tubo doble luz
☐ Derecho ☐ Izquierdo
No. _____

SpO_2
$EtCO_2$
Diuresis
FiO_2

x mls

Eventos - Datos Intraoperatorios

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____

GASES SANGUÍNEOS

Hora	pH	pCO_2	paO_2	HCO_3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LÍQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Déficit		Lactato Ringer	
Pérdidas insensibles		Solución salina	
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		**Total**	

Traslado a:

- ☐ Unidad de Cuidado Postanestésico
- ☐ UCI ☐ UCIM
- ☐ Traslado a fase II de recuperación

PANI: Presión no invasiva SpO_2: Pulsoximetría CNI: Compresión Neumática Intermitente Hto: Hematocrito $EtCO_2$: Bióxido de carbono Espirado IOT: Intubación Orotraqueal LACT: Lactato PaO_2: Presión Arterial O_2 V/A Presión sistólica / diastólica ⊙ ⊗ Inicio/fin cirugía Δ ∇ Intubación/control vía aérea
PAD: Presión arterial directa SaO_2: Saturación arterial O_2 PPS: Pérdidas permisivas de sangre PVC: Presión Venosa Central TEE: Eco transesofágico FiO_2: Fracción Inspirada de Oxígeno INT: Intubación Nasotraqueal Pot evoc: Potenciales Evocados HCO_3: Bicarbonato UCI: Unidad de Cuidado Intensivo
EKG: Electrocardiograma PIC: Presión Intracraneal UCIM: Unidad de Cuidado Intermedio PCP: Presión Capilar Pulmonar LMA: Máscara Laríngea BE: Base Exceso GC NI: Gasto cardiaco no invasivo pCO_2: Presión Arterial Bióxido Carbono T°: Temperatura CEC: circulación extracorpórea

Anexo 6:

Se presenta una propuesta para registro de manejo en UCPA. Si se desea disponer de copias para editar y ajustar a su práctica se puede comunicar con el Comité de Seguridad de CLASA para obtenerlo.

UNIDAD DE CUIDADO POSTANESTÉSICO

Hora de ingreso	Complicaciones IOP

INGRESA CON

- ☐ Venas
- ☐ Arteria
- ☐ Hemovac
- ☐ Catéter Peridural
- ☐ Catéter Central
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Tubo Endotraqueal
- ☐ Tubo de Tórax
- ☐ Sonda Nasogástrica Drenaje
- ☐ Otro(s), ¿Cuál(es)? _____

Hora	Medicamento	Dosis IV

SÍMBOLOS

- X Presión Arterial
- ● Frecuencia Cardiaca

HORA: 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20

SpO_2

FR

PAM

ESCALA DE ALDRETE

		HORA																	
Paciente Hospitalizado	SpO_2																		
	Circulación																		
	Respiración																		
	Movimiento																		
	Conciencia																		
	Dolor																		
Paciente ambulatorio	Sangrado																		
	Deambulación																		
	Ingesta																		
	Diuresis																		
	TOTAL																		
	SCORE BROMAGE																		
	SCORE RAMSAY																		

GASES SANGUÍNEOS

Hora	pH	pCO_2	paO_2	HCO_3	SAT	BE	LACT

Hora	LABORATORIOS				

LÍQUIDOS ELIMINADOS

Hora / Líquido						TOTAL

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS

Hora / Líquido						TOTAL

EVENTOS - DETALLES TRASLADO

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
14. _____
14 _____
15. _____

Hora de salida y alta UCPA _____

FIRMA DEL MÉDICO

_____